



ISSN 2181-3388

ujcr.uz

eISSN 2181-3876

2024. Том 4. №2

UZBEK JOURNAL OF CASE REPORTS

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ И ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МИРОВЫЕ НОВОСТИ

Влияние гиперкифоза шейного отдела
позвоночника на развитие головной боли



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Летальный случай ранения свето-шумовой
гранатой в грудь

Google Scholar

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ
БИБЛИОТЕКА
LIBRARY.RU

CYBERLENINKA

READera

Содержание

Contents

Симптоматика, этиология и виды лечения травм повреждений плечевого сустава (литературный обзор) <i>Хусаинбоев Ш.Д.</i>	6	Symptomatology, etiology, and treatment types for shoulder joint injuries (literature review) <i>Khusainboev ShD</i>
Возможности миниинвазивных вмешательств при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом <i>Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш.</i>	10	Minimally invasive intervention possibilities in the treatment of patients with severe aseptic pancreatitis <i>Rizaev EA, Kurbaniyazov ZB, Abdurakhmanov DSh</i>
Влияние гиперкифоза шейного отдела позвоночника на развитие головной боли <i>Ризаев Ж.А., Хакимова С.З., Гулямова Г.А., Муродов А.Г.</i>	14	The effect of cervical hyperkyphosis on the development of headache <i>Rizaev JA, Hakimova SZ, Gulyamova GA, Murodov AG</i>
Влияние стресса на эффективность комплексного лечения заболеваний пародонта у преподавателей и школьных учителей <i>Ризаев Ж.А., Кундузов О.Ш., Хазратов А.И., Ражабий М.А.</i>	20	The effect of stress on the efficacy of comprehensive periodontal disease treatment in teachers and school instructors <i>Rizaev JA, Kunduzov Osh, Khazratov AI, Rajabiy MA</i>
Летальный случай ранения свето-шумовой гранатой в грудь (клинический случай) <i>Усманов Б.Ж.</i>	27	Fatal case of chest injury from a flash-bang grenade (clinical case) <i>Usmanov BZh</i>

Возможности миниинвазивных вмешательств при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом

Ризаев Э.А.¹, Курбаниязов З.Б.², Абдурахманов Д.Ш.²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Республика Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Республика Узбекистан

Автор, ответственный за переписку: Ризаев Эъзобек Алимджанович, Ezozbek.rizaev@tma.uz

Аннотация.

Острый панкреатит — это urgentное хирургическое состояние, характеризующееся первично асептическим воспалением поджелудочной железы и окружающих тканей. В тяжелых случаях воспаление затрагивает не только локальные структуры, но и системы дыхания, кровообращения, пищеварения и выделения. Согласно данным, частота развития ОП достигает 389 случаев на 1 миллион населения. Тяжелые формы заболевания, сопровождающиеся некрозом поджелудочной железы, составляют до 25% всех случаев, при этом летальность достигает 50% и увеличивается до 70% при осложнениях. Учитывая высокий уровень заболеваемости и смертности, актуальной является необходимость совершенствования методов лечения тяжелого острого панкреатита. Цель исследования: Определить наиболее эффективные хирургические методы лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом, с акцентом на миниинвазивные вмешательства для снижения летальности и улучшения исходов. Материалы и методы: Исследование проведено на базе многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета и Самаркандского филиала РНЦЭМП в период с 2018 по 2023 годы. В исследование включены 182 пациента с острым панкреатитом алиментарного генеза, среди которых 42,9% составляли женщины, а 57,1% — мужчины, в возрасте от 31 до 81 года. Диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ) для выявления состояния поджелудочной железы и желчевыводящих путей. Оценка тяжести заболевания проводилась с использованием шкалы APACHE II и других методов. Результаты: Из 142 больных ТОП 74 (40,1%) пациента прошли миниинвазивные вмешательства, а 68 (37,4%) подверглись открытым операциям. Миниинвазивные методы показали значительное снижение летальности (6,2% по сравнению с 17,2% при открытых операциях). В случае инфицированного панкреонекроза летальность составила 19,1% при миниинвазивных методах и 27,3% при открытых операциях. Эндоскопическая папиллотомия была выполнена у 23 пациентов с тяжелым билиарным панкреатитом, что позволило избежать прогрессирования заболевания. Заключение: Миниинвазивные методы хирургического вмешательства приоритетны в лечении асептического тяжелого панкреатита, что подтверждается значительным снижением частоты летальных исходов. При инфицированном панкреонекрозе результаты также свидетельствуют в пользу миниинвазивных методов.

Ключевые слова: Острый панкреатит, Панкреонекроз, Миниинвазивные хирургические процедуры, Эндоскопическая папиллотомия, Полиорганная недостаточность, Летальность

Для цитирования: Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Возможности миниинвазивных вмешательств при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом. Uzbek journal of case reports. 2024; 4(2):10-13. <https://doi.org/10.55620/ujcr.4.2.2024.2>

Minimally invasive intervention possibilities in the treatment of patients with severe aseptic pancreatitis

Rizaev EA¹, Kurbaniyazov ZB², Abdurakhmanov DSh²

¹Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

²Samarkand State Medical University, Samarkand, Republic of Uzbekistan

Corresponding author: Ezozbek A. Rizaev, Ezozbek.Rizaev@tma.uz

Abstract

Acute pancreatitis is an urgent surgical condition characterized by primarily aseptic inflammation of the pancreas and surrounding tissues. In severe cases, the inflammation extends beyond local structures, affecting the respiratory, circulatory, digestive, and excretory systems. According to data, the incidence of AP reaches 389 cases per million population. Severe forms of the disease, accompanied by pancreatic necrosis, account for up to 25% of all cases, with mortality reaching 50% and increasing to 70% in cases of complications. Given the high morbidity and mortality rates, there is a pressing need to improve treatment methods for severe acute pancreatitis. Objective: To determine the most effective surgical treatment methods for patients with severe acute pancreatitis, with an emphasis on minimally invasive interventions to reduce mortality and improve outcomes. Materials and Methods: The study was conducted at the Samarkand State Medical University multidisciplinary clinic and the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care from 2018 to 2023. The study included 182 patients with acute pancreatitis of alimentary origin, among whom 42.9% were women and 57.1% were men, aged 31 to 81 years. Diagnostics included ultrasound (US) and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) to assess the condition of the pancreas and bile ducts. The severity of the disease was evaluated using the APACHE II scale and other methods. Results: Among 142 patients with SAP, 74 (40.1%) underwent minimally invasive interventions, and 68 (37.4%) underwent open surgery. Minimally invasive methods showed a significant reduction in mortality (6.2% compared to 17.2% with open surgeries). In cases of infected pancreatic necrosis, mortality was 19.1% for minimally invasive methods and 27.3% for open surgeries. Endoscopic papillotomy was performed in 23 patients with severe biliary pancreatitis, preventing the progression of the disease. Conclusion: Minimally invasive surgical methods are preferable for treating aseptic severe pancreatitis, as evidenced by a significant reduction in mortality rates. In cases of infected pancreatic necrosis, the results also favor minimally invasive methods.

Keywords: Acute Pancreatitis, Pancreatic Necrosis, Minimally Invasive Surgical Procedures, Endoscopic Papillotomy, Multiple Organ Failure, Mortality

For citation: Rizaev EA, Kurbaniyazov ZB, Abdurakhmanov DSh. Minimally invasive intervention possibilities in the treatment of patients with severe aseptic pancreatitis. Uzbek journal of case reports. 2024; 4(2):10-13. <https://doi.org/10.55620/ujcr.4.2.2024.2>

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) является urgentным хирургическим заболеванием, основу патогенеза которого составляет первично асептический воспалительный процесс, поражающий поджелудочную железу и окружающие ткани. При тяжёлой форме ОП выраженные патологические изменения затрагивают не только окружающие, местные структуры, но и органы дыхания, пищеварения, кровообращения и выделительной системы. Частота развития ОП, согласно современным данным, достигает 389 случаев на 1 млн населения

(Hines O.J., 2019). Наиболее тяжёлые формы заболевания, сопровождающиеся некрозом поджелудочной железы и окружающих тканей, составляют до четверти всех случаев ОП (Недашковский В.Э., 2009., Дибиров М.Д., 2014). При этом отмечается рост заболеваемости ОП и его тяжёлыми формами варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн человек населения в год (Ивашкин В. Т., Маев И.В., 2014). В 2010-2020 гг. ОП занимает третье место среди неотложных хирургических заболеваний (Nagai S., 2020), а летальность при развитии тяжёлого остро-

го панкреатита (ТОП) достигает 30%. Возникновение гнойно-септических осложнений увеличивает данный показатель до 70% (Топузов Э.Г., 2012; Горский В.А., Ковальчук Л. В., 2010., Johnson C.D., 2014). Вышеуказанные обстоятельства делают особенно актуальными вопросы совершенствования методов диагностики и лечения тяжёлого острого панкреатита.

Решению задач лечения ТОП препятствуют противоречивые данные о применении различных видов оперативных вмешательств в разных фазах развития заболевания (Горский В.А., 2014., Stigliano S., 2017). Сохраняются разногласия по поводу выбора конкретного метода оперативного вмешательства; открытого и миниинвазивного метода в период асептического ферментативного поражения поджелудочной железы и развития ТОП (Дибиров М.Д., 2010., Черкасов В.А., 2013; Aggarwal A., 2014).

Поздняя фаза течения заболевания осложняется развитием гнойно-септических осложнений с частотой 30 – 50%, что наряду с высокой летальностью, которая достигает 80% также обуславливает актуальность решения задачи разработки рациональной тактики хирургического лечения ТОП (Недашковский В.Э., 2009; Назаров А. Л., 2012; Александрова И.В., 2013).

Нет решения, какие именно методики оперативного вмешательства предпочтительны для применения у пациентов с гнойно-септическими осложнениями ТОП. Одним из наиболее важных вопросов является выбор между открытыми и миниинвазивными методами. Каждая из данных методик имеет свои преимущества и ограничения. Миниинвазивные вмешательства менее травматичны по сравнению с открытыми операциями, но последние обеспечивают лучшую санацию очага гнойно-септического воспаления (Дибиров М.Д., 2010., Johnson C.D., 2014; Shenvi S., 2016).

Таким образом, к настоящему моменту остаются нерешёнными актуальные вопросы рационального выбора методики лечения в различные фазы развития ТОП, что обуславливает необходимость данного исследования.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения острого панкреатита дифференцированным подходом к выбору методов хирургической коррекции с приоритетным применением миниинвазивных вмешательств.

Материал и методы исследования. Приведены результаты обследования 182 пациентов с острым панкреатитом средней степени тяжести и тяжёлым клиническим течением алиментарного генеза возрасте 31-81 лет про-

леченные в многопрофильной клинике СамГМУ и Самаркандском филиале РНЦЭМП в период 2018 – 2023 гг. Средний возраст больных составил 51,6±13,7 лет. В исследование включены 78 женщин (42,9%) и 104 мужчин (57,1%).

Билиарным панкреатитом чаще страдали женщины, в соотношении 1:1,5 в пользу женщин. Возраст больных варьировал в широких пределах от 18 до 90 лет, средний возраст больных составил 52,5±2,0 года.

Для оценки тяжести инфекционного процесса выявлялись признаки системной воспалительной реакции (ССВР). Для установления признаков и проявлений полиорганной недостаточности ориентировались на основные показатели лабораторных и инструментальных исследования. Также использовались компьютерные версии расчетных алгоритмов в шкале APACHE II.

УЗИ позволяло выявить не только свободную жидкость в брюшной полости и отек поджелудочной железы, но и явления острого калкулезного холецистита и холедохолитиаза (рис. 1).

Наиболее информативной была магнитно-резонансная холангиопанкреатография для выявления состояния внепеченочных желчных протоков, холангиоэктазии, микролитиаза и сладжа желчного пузыря и желчных протоков (рис. 2).

Результаты исследования. В ходе лечения больных ТОП алиментарного генеза применялось различные тактические подходы, обуславливающих ведение пациентов: минимально-инвазивные вмешательства и открытые операции.

В числе хирургических пособий для лечения 142 больных ТОП применено 74 (40,1%) миниинвазивных вмешательств и 68 (37,4%) открытых хирургических операций.

В ходе проведения повторных операций санации выполняли смену тампонов, промывание полостей, некрсеквестрэктомии, контроль и коррекцию положения дренажей, оценивали эффективность дренирования. При наличии очагового инфицированного некроза ПЖ на одного больного приходилось 2 – 4 санационные операции. В случаях развития распространенного некроза поджелудочной железы количество операций достигало 4 – 7. Полное ушивание раны, то есть переход на «закрытый» тип дренирования, выполняли после окончательного достижения некрсеквестрэктомии и появления грануляций в ране.

Больных средней и тяжелой степени течения острого билиарного панкреатита, было 79. Хирургическое лече-

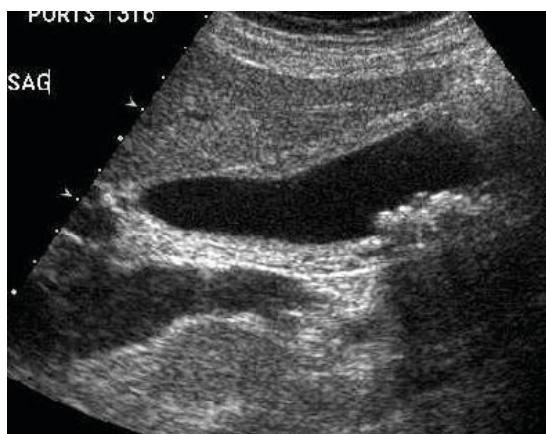


Рис. 1.

УЗИ, множественные камни желчного пузыря до 0.5 см с акустической тенью, утолщение стенки желчного пузыря до 0.6-0.7 см

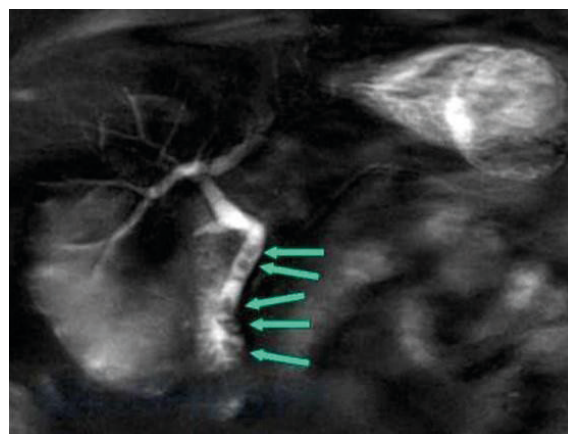


Рис. 2.

МРТ-холангиография. Холедохолитиаз

ние острого билиарного панкреатита имело свои особенности связанные с необходимостью коррекции ЖКБ

6 больных с вклиниванием камня в большой дуоденальный сосочек, как показали наши наблюдения, требовали устранения патологического состояния в ближайшее время после выявления. Этим больным эндоскопическая папиллотомия выполнена в первые часы после поступления. Именно выполнение эндоскопической папиллотомии в экстренном порядке позволило избежать прогрессирования острого панкреатита, купировать его. А после разрешения отека поджелудочной железы выполнить лапароскопическую холецистэктомию.

23 больным тяжелой формой острого билиарного панкреатита, на фоне острого калькулезного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи и холангита, также выполнено ЭПСТ (рис. 3). Эту манипуляцию выполняли в первые 24 часа с момента поступления.

Из этих 23 больных 14 проведена холецистэктомию в ближайшие 2-3 недели после разрешения острого панкреатита, желтухи и холангита, причем в 3 случаях выполнена конверсия и «открытая» холецистэктомию. Еще 5 больных были оперированы также «открытым» способом в связи с развитием острого холецистита через 3 дня после выполнения эндоскопической папиллотомии. Другие 3 больных были оперированы через 4-7 дней после эндоскопической папиллотомии в связи с развитием не только острого холецистита, но и миграцией камней из желчного пузыря в желчные протоки с развитием желтухи. Выполнена «открытая» холецистэктомию, хо-

ледохолитотомия и Т-дренирование желчных протоков. Наблюдавшийся еще 1 больной был оперирован через 2 месяца после эндоскопической папиллотомии.

Таким образом, миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты летальных исходов (6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3%.

Выводы:

1. Миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты летальных исходов (6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3% т.е. статистические различия значимые ($p < 0.05$).

2. Длительное, свыше 4 недель, течение острого билиарного панкреатита, запоздалое поступление больного в специализированное отделение и малоэффективное оперативное вмешательство приводят к изменениям поджелудочной железы, парапанкреатического и забрюшинного пространств, аналогичным при остром алкогольном панкреатите, что наблюдалось у 30 больных с летальностью 23,3%. Наиболее эффективным оперативным пособием в этих наблюдениях является применение метода «открытого живота».

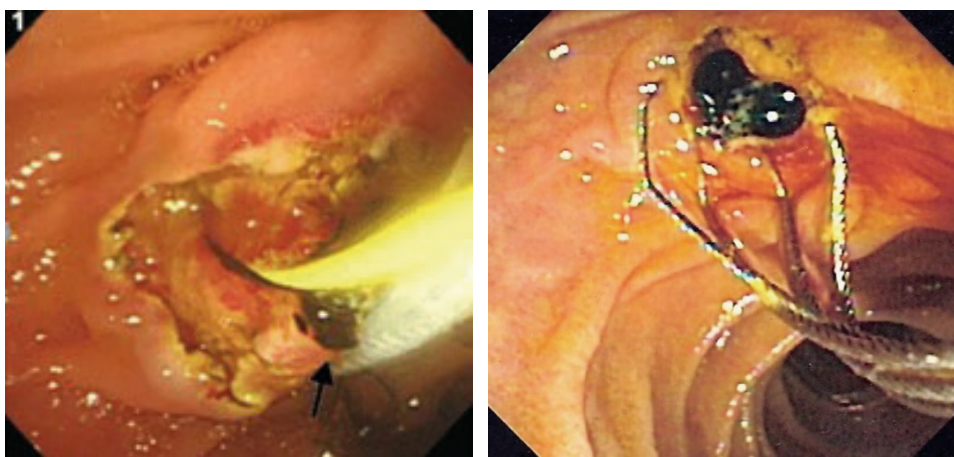


Рис. 3. Эндоскопическая папиллотомия. Экстракция камня общего желчного протока

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Rizaev E.A., et al. Aspects of Surgery for Gallstone Disease in Elderly and Senile Patients. Zhurnal Gastroenterologicheskikh Issledovaniy. 2023;1(134):43-48. (In Russ.)
2. Rizaev J.A., Khasanova L.E., Fattakhov R.A. The Influence of Burnout Syndrome on Oral Hygiene Habits. 2020. (In Russ.)
3. Rizaev J.A., Rizaev E.A., Kubaev A.S. The Role of the Oral Immune System in SARS-COV-2 Infection in Patients. Zdorov'e, Demografiya, Ekologiya Finno-Ugorskikh Narodov. 2020;(3):67-69. (In Russ.)
4. Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B. Program for Selecting Surgical Treatment Methods for Patients with Complicated Forms of Gallstone Disease Using Diapreutic Methods and X-ray Surgery. Agency for Intellectual Property of the Republic of Uzbekistan. 2023. (In Russ.)
5. Rizaev E.A., et al. Optimization of Surgical Treatment Methods for Obstructive Cholangitis in Elderly and Senile Patients. Helsinki International Scientific Online Conference «Sustainability of Education Socio-Economic Science Theory.» Finland. 2023:29-30. (In Russ.)
6. Rizaev E.A., et al. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients. Am J Med Med Sci. 2023;13:5.

Статья поступила 15.02.2024; одобрена после рецензирования 05.05.2024; принята к публикации 17.06.2024.

Информация об авторах:

Ризаев Эъзозбек Алимджанович — PhD, доцент, декан. Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Узбекистан. E-mail: sammi@sammi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Курбаниязов Зафар Бабажанович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней №1, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан. E-mail: dr_zafar@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5725-6088>

Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич — PhD, декан факультета совместного образования, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан. E-mail: co-education@sammu.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4982-568X>

Вклад авторов: Ризаев Э.А. — концепция и дизайн исследования, написание текста рукописи; Курбаниязов З.Б. — разработка методологии анализа, анализ полученных данных; Абдурахманов Д.Ш. — сбор данных, анализ полученных данных.

Источники финансирования: Работа не имела специального финансирования.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Received 15.02.2024; reviewed 05.05.2024; accepted for publication 17.06.2024.

Author information:

Ezozbek A. Rizaev — PhD, Associate Professor, Dean, Tashkent State Dental Institute, Tashkent, Uzbekistan. E-mail: sammi@sammi.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Zafar B. Kurbaniyazov — DSc, Professor, Head of the Department of Surgery No. 1, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan. E-mail: dr_zafar@list.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5725-6088>

Diyor Sh. Abdurakhmanov — PhD, Dean of the Faculty of Co-education, Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan. E-mail: co-education@sammu.uz, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4982-568X>

Authors' contribution: Rizaev EA — concept and design of the study, manuscript writing; Kurbaniyazov ZB — methodology development, data analysis; Abdurakhmanov DSh — data collection, data analysis.

Funding: The work had no specific funding.

Conflict of interest: The authors declare no explicit and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.